

Załącznik do ogłoszenia
Starosty Gryfińskiego
z dnia 03.08. 2015 r.

**Formularz zgłoszenia kandydata na członka
Powiatowej Społecznej Rady do spraw Osób Niepełnosprawnych
przy Staroście Gryfińskim**

Nazwa i adres podmiotu zgłaszającego	
Imię i nazwisko kandydata na członka Rady	
Adres kandydata	
Telefon kontaktowy i adres e – mail kandydata	
Uzasadnienie kandydatury	

.....
(podpis i pieczęć
osoby uprawnionej
zgłaszającej kandydata)

Oświadczenie kandydata:

Wyrażam zgodę na kandydowanie do Powiatowej Społecznej Rady do spraw Osób Niepełnosprawnych przy Staroście Gryfińskim oraz na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb pracy Rady – zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2014 r., poz. 1182).

....., dnia

.....
(czytelny podpis kandydata)